СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ТРУДОВОГО КРАСНОГО ЗНАМЕНИ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ДВАДЦАТИПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА И МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

АКТОВАЯ РЕЧЬ ЗАВЕДУЮЩЕГО КАФЕДРОЙ
ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА,
ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК,
ПРОФЕССОРА М. С. САВИЧЕВСКОГО
НА ПЛЕНАРНОМ ЗАСЕДАНИИ ГОДИЧНОЙ НАУЧНОЙ СЕССИИ
ИНСТИТУТА 13 АПРЕЛЯ 1984 г.

СВЕРДЛОВСК
1984

Заболеваниями сердечно-сосудистой системы страдают около 3,5% живущих сегодня людей. Эти заболевания занимают первое место среди причин инвалидизации и смерти больных. Более трети всех летальных исходов обусловлены патологией сердечно-сосудистой системы. Отсюда понятно постоянное внимание Советского здравоохранения к этой проблеме, и безусловно оправданы те усилия и громадные материальные затраты, которые направляются на борьбу с этим грозным недугом человека.

Показания к проведению консервативного лечения сердечно-сосудистых заболеваний определяются стадийностью развития патологического процесса. На определенной стадии заболевания эффективное оказание помощи становится возможным лишь благодаря использованию хирургического метода лечения.

Следует подчеркнуть, что кардиохирургия носит восстановительный характер, ибо она не только спасает жизнь больным, но и способствует достижению трудовой и социальной реабилитации пациентов. Являя собой яркий пример специализированной помощи, хирургия сердца осуществима лишь при наличии высококвалифицированного персонала, сложной дорогостоящей аппаратуры, специальных служб и лабораторий.

В нашей стране создана система кардиохирургических научно-исследовательских институтов и центров, в которых функционирует около 7000 коек. В этих специализированных учреждениях выполняется 89 видов операций при врожденных и 51 вид при приобретенных пороках сердца. 126 видов хирургических вмешательств производится при сосудистой патологии.

Свой посильный вклад в разработку некоторых проблем сердечно-сосудистой хирургии на протяжении 25 лет вносила и продолжает это делать и сегодня клиника госпитальной хирургии педиатрическкго факультета, в составе которой был организован (1972 г.) и работает межобластной кардиохирургический центр.

Опыт клиники в кардиохирургии сегодня — это более 7000 операций, выполненных на сердце, из которых более 1000 — в условиях искусственного кровообращения и общей умеренной гипотермии.

Результаты своих наблюдений и научных исследований сотрудники клиники обобщили в 16 кандидатских и трех докторских диссертациях, в шести монотематических сборниках научных трудов, в многочисленных журнальных публикациях. Ряд работ отмечен авторскими свидетельствами и удостоверениями на рационализаторские предложения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

В декабре 1959 г. во вновь организованной клинике госпитальной хирургии педиатрического факультета была выполнена первая митральная комиссуротомия. В последующие годы по «закрытой» методике выполнено 3373 митральных комиссуротомий с общей послеоперационной летальностью 3%. У первых 70 больных расширение митрального отверстия было сделано пальцевым способом, всем же остальным выполнена чрезжелудочковая инструментальная митральная комиссуротомия.

Таблица 1

Распределение оперированных больных митральным стенозом по стадиям заболевания

Стадия	1960—65 гг.	1966—70 гг.	1971—75 гг.	1976—80 гг.	1981—83 гг.
II	13,1%	3,9%	4,7%	3,0%	3,1%
III	56,0%	56,9%	51,4%	44,1%	47,3%
IV	30,9%	39,2%	43,9%	52,9%	49,6%
Оперировано больных	457	408	659	1135	714

Распределение оперированных больных по стадиям заболевания (классификация А. Н. Бакулева и Е. А. Дамир) свидетельствует о том, что весьма значительное число больных (49,6%) оперируется в запущенной, IV стадии заболевания (табл. 1). В этой связи уместно отметить, что высокий удельный вес IV стадии заболевания среди оперируемых наблюдается во всех кардиохирургических центрах страны. По этому поводу академик Б. А. Королев, выступая на III Всесоюзной конференции сердечно-сосудистых хирургов в 1981 г., отметил, что причинами позднего поступления больных в кардиохирургические стационары являются: несвоевременная, нередко ошибочная диагностика порока сердца, необоснованно длительное консервативное лечение, недостаточное знание результатов хирургического лечения многими терапевтами.

Н. М. Амосов и Я. А. Бендет в книге «Терапевтические аспекты кардиохирургии», 1983, пишут: «Пока, к сожалению, операции в IV стадии составляют в нашей клинике 59% всех митральных комиссуротомий. Правильная первичная диагностика и своевременное направление на операцию целиком зависят от терапевтов».

Мы со своей стороны считаем необходимым особо отметить отрицательное влияние запущенной стадии заболевания на результат хирургического лечения митрального стеноза. Направляя в кардиохирургическую клинику больного митральным сте-

нозом, отягощенного такими осложнениями, как мерцательная аритмия, кальциноз клапана, тромбоз левого предсердия, резкая дилатация камер сердца с выраженной недостаточностью трикуспидального клапана и т. п., терапевт едва ли может рассчитывать на то, что после устранения митрального стеноза все эти осложнения исчезнут и будет достигнут должный реабилитационный эффект операции.

Динамика послеоперационной летальности за истекшие 25 лет свидетельствует о том, что коллективу клиники удалось снизить общую послеоперационную летальность с 5% в 1960—1965 гг. до 1,1% в 1981—1983 гг. (табл. 2). Аналогичный показатель по стране в 1983 г. составил 2,8%.

Таблица 2

Общая послеоперационная летальностх по годам и в зависимости от стадии митрального стеноза

Стадия	1960—65 гг.	1966—70 гг.	1971—75 гг.	1976—80 гг.	1981—83 гг.	За все годы
II	0	0	0	0	0	0
III	2,7%	1,7%	2,6%	0	0	1,2%
IV	11,3%	10,0%	6,9%	3,6%	2,2%	5,3%
Общая летальность	5,0%	4,9%	4,4%	1,9%	1,1%	3,0%

Данные, представленные в табл. 2, красноречиво свидетельствуют о зависимости послеоперационной летальности от стадии заболевания. Так, если хирургическое лечение митрального стеноза во II стадии не было омрачено смертельными исходами, то при III стадии заболевания исключить летальность нам удалось лишь в последние 8 лет. Безусловно заслуживает внимания и существенное снижение послеоперационной летальности при хирургических вмешательствах в IV стадии заболевания с 11,3% в 1960—1965 гг. до 2,2% в 1981—1983 гг. Эти результаты явились следствием возросшей хирургической техники, более совершенного анестезиологического пособия и рационального послеоперационного ведения больных.

Анализ причин летальных исходов хирургического лечения митрального стеноза показывает, что такие из них, как острая сердечная недостаточность, артериальные тромбоэмболии, гнойно-септические осложнения (дающие в сумме 70% причин летальных исходов) являются прямым следствием изношенности миокарда, тромбоза левого предсердия, кальциноза митрального клапана, снижения реактивности организма — т. е. тех проявлений, которые характеризуют позднюю стадию заболевания. Вместе с тем, в структуре причин летальных исходов хирургического лечения в последние десять лет стали редкими такие причины, как кровотечения, пневмонии, печеночная недостаточность, травматическая недостаточность митрального клапана.

Отрицательное влияние исходной тяжести заболевания на эффективность хирургического лечения митрального стеноза убедительно подтверждает анализ отдаленных результатов операции. Хороший стабильный отдаленный результат митральной комиссуротомии был выявлен у 94,5% пациентов, оперированных во II стадии, у 67,6% больных, оперированных в III стадии и лишь у 46,5% больных, которым хирургическое вмешательство выполнено в IV стадии заболевания. Посредственный результат выявлен соответственно у 5,5%, 18,3% и 40,0% больных.

Выраженное отрицательное влияние на отдаленный результат операции оказывала мерцательная аритмия, один из ярких признаков IV стадии заболевания. Так, при наличии мерцательной аритмии хороший результат был отмечен всего лишь у 37,7% больных, в то время как при синусовом ритме — у 74,5% оперированных.

Снижал эффективность хирургического лечения кальциноз митрального клапана — достаточно сравнить исходы операций у больных с кальцинозом и без него: в первом случае хороший результат был получен у 54,0% больных, во втором — у 67,0%.

Существенно отличались результаты операции в зависимости от степени активности ревматического процесса. В группе больных, послеоперационный период у которых не был отягощен обострением ревмокардита, хороший результат имели 83,3% пациентов, в группе же больных, у которых наблюдалось одно— двукратное обострение ревмокардита в послеоперационном периоде, хороший результат зафиксирован лишь у 31,3% больных. Следует отметить, что в этой группе больных высока частота рецидивов митрального стеноза — 12,9% против 2,1% в группе больных без обострения ревматического процесса. Вопрос о рецидиве митрального стеноза заслуживает более подробного рассмотрения.

В клинике выполнено 215 операций по повору рецидива митрального стеноза, что составляет 6,3% от общего числа комиссуротомий.

Мы разделяем мнение большинства хирургов, согласно которому рецидив митрального стеноза возникает в связи с одной из трех причин: обострением ревматического процесса, нерадикальным разделением комиссур, неспецифическим процессом рубцевания.

Средний срок возникновения рецидива митрального стеноза среди наших больных составил 6,5 лет.

Заслуживает быть отмеченной благоприятная динамика послеоперационной летальности при выполнении нами повторных операций. Так, если в 1966—1970 гг. она составила 13,7%, в 1971—1975 гг. — 8,9% и в 1976—1980 гг. — 2,9%, то в 1981—1983 гг. летальность при хирургическом лечении рецидивов митрального стеноза была сведена к нулю. Этот резуль-

тат примечателен в том отношении, что подавляющее большинство больных имело IV стадию заболевания, а число больных, оперированных по поводу повторного рецидива митрального стеноза в последние два года увеличилось.

Актуарный анализ выживаемости в отдаленном послеоперационном периоде больных, оперированных по поводу рецидива митрального стеноза, показал весьма высокую гемодинамическую эффективность повторных операций (рис. 1).

Следует остановиться на возрастных аспектах хирургического лечения митрального стеноза. В первое десятилетие распределение наших пациентов по возрасту было таким: 3,1% больных были в возрасте от 12 до 17 лет, 82,2% в возрасте от

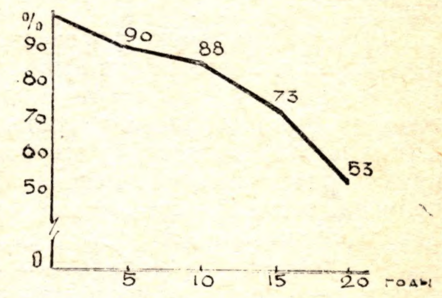


Рис. 1. Актуарная кривая выживаемости больных после повторных митральных комиссуротомий.

18 до 39 лет и 14,7% в возрасте от 40 до 53 лет. В последующие годы происходило постепенное постарение пациентов, и в 1983 г. 53,0% оперированных были уже в возрасте от 40 до 50 лет, а 16,3% — старше 50 лет. Вместе с тем существенно сократилось в последние годы число операций в детском и юношеском возрасте. Всего же за 25 лет в клинике выполнено 72 операции больным в возрасте от 11 до 17 лет с общей послеоперационной летальностью 0,7%. Хирургическое лечение этой возрастной группы больных отличается высокой функциональной эффективностью операции и высоким процентом (81,0%) хороших отдаленных результатов.

В соответствии с существующим положением митральный стеноз служит противопоказанием для вынашивания беременности. Однако в клинической практике приходится сталкиваться с настойчивым желанием женщин, страдающих митральным стенозом, иметь ребенка. Оптимальное решение вопроса сводится к выполнению митральной комиссуротомии до наступления беременности. Спустя год после операции, выполненной во II—III стадиях заболевания, при хорошем гемодинамическом результате комиссуротомии, может быть разрешено вынашивание беременности. А между тем весьма нередко женщина, страдающая митральным стенозом, впервые появляется у врача с беременностью в сроке более 12 недель. В подобных случаях при наличии II—III стадии заболевания возможно выполнение митральной комиссуротомии в сроке 20—26 недель. Опыт

2 Заказ 264

50 плановых комиссуротомий, выполненных в указанные сроки беременности, показывает, что после операции сердечно-сосудистая система женщины успевает адаптироваться к новым условиям гемодинамики, прогрессирование беременности происходит без осложнений и женщина донашивает беременность. Чрезвычайно острая ситуация возникает в тех случаях, когда на фоне беременности в позднем сроке течение митрального стеноза осложняется развитием острого альвеолярного отека легких. При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение часа, возникает необходимость в выполнении экстренной митральной комиссуротомии. При доношенной беременности вслед за комиссуротомией выполняется операция кесарева сечения.

Выездной кардиохирургической бригадой клиники в родильных домах г. Свердловска выполнено 14 экстренных митральных комиссуротомий с двумя летальными исходами. Смерть двух женщин была обусловлена острой сердечной недостаточностью в результате запоздалого вмешательства, спустя 4—5 часов от начала развития отека легких. Шестерым женщинам была выполнена, тотчас после комиссуротомии, операция кесарева сечения. Женщины и дети остались живы и в хорошем состоянии были выписаны из родильного дома. Остальные женщины спустя 7—8 недель самостоятельно родоразрешились.

Опыт хирургического лечения митрального стеноза показывает, что непосредственный гемодинамический эффект операции выражен максимально при устранении резкого чистого стеноза. Результат хирургической коррекции умеренного митрального стеноза в комбинации с недостаточностью клапана менее выразителен. Вместе с тем возникновение выраженной регургитации после устранения чистого стеноза чревато развитием острой сердечной недостаточности. Изучению возможных травматических повреждений клапанных структур, возникающих при выполнении митральной комиссуротомии и обусловленных этими повреждениями расстройств внутрисердечной гемодинамики посвящена одна из диссертационных работ (А. В. Житков, 1970), выполненная в клинике. Автор весьма удачно классифицировал виды острой травматической недостаточности митрального клапана. Сопоставление вида митральной недостаточности с той или иной степенью регургитации (Б. В. Петровский, 1958) и характером гемодинамических расстройств позволило выработать тактические установки по отношению к каждой форме травматической митральной недостаточности.

Было показано, что появление регургитации I степени не оказывает существенного влияния на гемодинамический эффект операции и практически не снижает отдаленный послеоперационный результат. Возникновение регургитации II степени влечет за собой выраженные расстройства внутрисердечной гемодинамики, которые в свою очередь приводят к стойкой деком-

пенсации кровообращения. Лишь интенсивная и продолжительная терапия способна несколько уменьшить степень декомпенсации. Отдаленный результат операции у этих больных в пределах посредственного.

Регургитация III степени своим происхождением обязана поперечному разрыву аортальной створки или ее отрыву от фиброзного кольца. Степень расстройств внутрисердечной гемодинамики при этом столь велика, что развивающаяся острая сердечная недостаточность, как правило, в ближайшие часы приводит к гибели больных.

Из вышесказанного следует, что как II, так и III степень регургитации требуют энергетичных мер, направленных на ликвидацию возникшей травматической недостаточности клапана. В современных условиях этой мерой является экстренная операция — протезирование митрального клапана в условиях искусственного кровообращения.

Мы убедились в эффективности срочного протезирования митрального клапана, выполнив пять подобных операций, тотчас после закрытых комиссуротомий, во время которых в трех случаях произошел разрыв и в двух — частичный отрыв аортальной створки. Послеоперационный период у этих больных протекал гладко, и в удовлетворительном состоянии они были выписаны из клиники.

Таблица 3

Число операций и летальность при хирургическом лечении митрального стеноза

Стадия заболевания	Свердловский межобластной кардиохирургический центр 1960—1983 гг.		НИИ сердечно-сосудистой хирургии МЗ УССР, г. Киев 1953—1982 гг.	
	число операций	летальность, %	число операций	летальность, %
II—III	1829	1,1	5076	1,8
IV	1329	5,3	5088	4,2
При рестенозе	215	5,5	582	5,8
Всего	3373	3,0	10746	3,2

С целью объективной оценки результатов, достигнутых в разделе хирургического лечения митрального стеноза по «закрытой» методике, мы сочли возможным сопоставить некоторые количественные и качественные показатели нашей клиники с аналогичными показателями НИИ сердечно-сосудистой хирургии МЗ УССР, руководимого академиком Н. М. Амосовым (табл. 3).

Качественные показатели, представленные в табл. 3, дают основание полагать, что коллектив нашей клиники в этом разделе своей деятельности находится на верном пути.

Завершая раздел хирургического лечения митрального стеноза, считаю возможным отметить, что митральная комиссуротомия, при наличии резкого чистого стеноза и умеренного поражения клапанных структур и в настоящее время является эффективной операцией с малой степенью риска и высоким процентом хороших стабильных отдаленных результатов.

Высокой гемодинамической эффективностью отличается митральная комиссуротомия при коррекции митрального стеноза у детей и подростков.

Не теряет своего значения митральная комиссуротомия и при хирургическом лечении рецидива митрального стеноза.

Практически лишь митральная комиссуротомия решает проблему митрального стеноза и беременности.

Протезирование митрального клапана в нашей клинике стало систематически выполняться с 1975 г. Первоначально протезирование производилось при недостаточности митрального клапана, а затем и по поводу митрального стеноза, отягощенного резкими морфологическими изменениями клапанных структур и особенно выраженным кальцинозом. Особое место занимают те больные, которые ранее перенесли закрытую митральную комиссуротомию и к настоящему моменту страдают либо рецидивом митрального стеноза, осложненным резким кальцинозом, либо травматической недостаточностью митрального клапана. Технические сложности при выполнении повторных операций на сердце, совершенно очевидны, тем более, что они выполняются в условиях искусственного кровообращения.

Подавляющее число (98%) больных, которым выполнено протезирование митрального клапана, имели IV стадию заболевания и относились к III—IV функциональным классам. Исходная тяжесть заболевания, техническая сложность операции на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения определяют высокую степень риска хирургического вмешательства и, как следствие — высокий уровень послеоперационной летальности. Основными причинами летальных исходов являются: острая сердечная недостаточность, нарушение мозгового кровообращения, кровотечение и острая печеночно-почечная недостаточность — 74,4% смертельных исходов обусловлены этими осложнениями.

Следует отметить, что в клинике идет постоянный поиск мер, способствующих снижению послеоперационной летальности. Усилия направлены на оптимизацию способов защиты организма больного во время протезирования на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения. Использовав ряд вариантов, мы в настоящее время остановились на сочетанном применении фармакологической и холодовой кардиоплегии в

условиях гипотермической перфузии. В связи с этим, а также благодаря совершенствованию анестезиологического пособия, режима перфузии и послеоперационной терапии, нам удалось в последние полтора года снизить послеоперационную летальность с 33,5 до 15,4%.

Принимая во внимание исходную тяжесть заболевания, следует отметить высокую и стабильную гемодинамическую эффективность протезирования митрального клапана. Подтверждением этому служит актуарный анализ выживаемости, согласно которому спустя 9 лет после операции живы 87% больных с протезами митрального клапана (рис. 2).

Многолетнее диспансерное наблюдение за больными с протезами митрального клапана, неоднократное их обследование выявили хорошие отдаленные результаты у 66,6% пациентов.

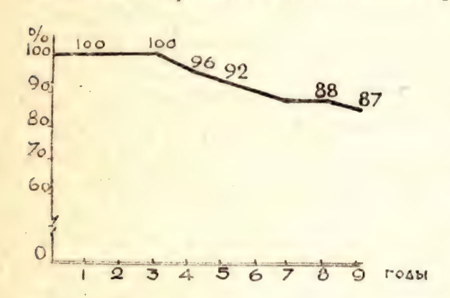


Рис. 2. Актуарная кривая выживаемости больных с протезами митрального клапана.

Из этого числа около половины пациентов приступило к трудовой деятельности.

Одним из специфических осложнений послеоперационного периода является тромбоэмболия. Частота тромбоэмболических осложнений составляет 8—20% (Н. М. Амосов, Я. А. Бендет, 1983; А. Марцинкявичюс с соавт., 1974). Тромбоэмболии в послеоперационном периоде имели место у 10,7% наших больных, причем большинство из них наблюдалось в начальном периоде освоения протезирования. В дальнейшем разработка мер профилактики, проведение рациональной антикоагулянтной терапии под систематическим контролем специально созданной лаборатории позволили существенно снизить число как тробоэмболических, так и геморрагических осложнений.

Параклапанная недостаточность — осложнение отдаленного послеоперационного периода — встречается в 2—5% случаев (Н. М. Амосов, Я. А. Бендет, 1983; Г. И. Цукерман с соавт., 1977). Это осложнение имело место у одного нашего больного. Возникновение фистулы было вызвано прорезыванием двух швов. Спустя год этому больному произведена замена клапана.

Хирургическое лечение трикуспидального порока имеет свою историю в клинике. Нужно отметить, что изолированное поражение трикуспидального клапана встречается весьма редко.

Среди больных, оперированных по поводу ревматических пороков сердца в нашей клинике, изолированный трикуспидальный стеноз был у двух больных (0,05%). В то же время при сочетанном поражении клапанов сердца трикуспидальный порок встретился у 122 больных. Выполнив 49 закрытых митрально-трикуспидальных комиссуротомий и проследив результаты этих операций в отдаленном послеоперационном периоде, мы убедились в малой гемодинамической эффективности закрытой трикуспидальной комиссуротомии. Пятнадцати больным была выполнена закрытая митральная комиссуротомия и открытая трикуспидальная комиссуротомия в условиях общей умеренной гипотермии. После операции умерли четверо больных, а отдаленный результат оказался хорошим лишь у трети наших пациентов.

Протезирование трикуспидального клапана мы выполнили четырем больным: в трех случаях в сочетании с протезированием митрального клапана и в одном случае в сочетании с закрытой митральной комиссуротомией. В ближайшем послеоперационном периоде трое больных погибли от причин, не связанных с протезированием трикуспидального клапана. Одна больная поправилась и спустя год после операции ее состояние остается хорошим.

Успешному решению проблемы хирургической коррекции трикуспидального порока способствовало освоение пластических операций на клапане. Широкое распространение получила методика аннулопликации при недостаточности трикуспидального клапана (по Н. М. Амосову и Де-Вега). В клинике нами выполнено 58 трикуспидальных аннулопликаций. Принимая во внимание определенные трудности в предоперационной диагностике трикуспидального порока, мы проводим пальцевую ревизию трикуспидального клапана при каждом вмешательстве на открытом сердце и выполняем аннулопликацию при любой степени регургитации, проверяя эффективность коррекции после восстановления самостоятельного кровообращения. Следует отметить, что гемодинамический результат операции, во время которой наряду с протезированием митрального или аортального клапана выполняется и трикуспидальная аннулопликация, оказывается существенно лучшим как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде.

Хирургическое лечение аортального стеноза прошло два этапа в своем развитии. На первом этапе производилась закрытая аортальная комиссуротомия с помощью дилататора. По закрытой методике в клинике оперировано четыре больных по поводу изолированного аортального стеноза и 30 больных по поводу сочетанного митрально-аортального стеноза. Отдаленные результаты этих операций оказались лишь посредственными. У одних больных это было связано с нерадикальным устранением стеноза, и, следовательно, с сохранением высокого гради-

ента систолического давления на аортальном клапане, у других это было обусловлено возникшей недостаточностью клапана аорты. Столь неутешительные результаты клапаносохраняющих операций привели к повсеместному отказу от их выполнения. Хирургическое лечение аортального порока на втором этапе свелось исключительно к протезированию клапана (Н. М. Амосов, Я. А. Бендет, 1983; Г. И. Цукерман с соавт., 1975; А. Марцинкявичюс с соавт., 1975).

Протезирование аортального клапана в нашей клинике было начато в 1977 г. К настоящему моменту замена аортального клапана протезом произведена 77 больным, из них изолированное аортальное протезирование выполнено 37 больным. Для выполнения аортального протезирования мы используем методику фармакологической и холодовой кардиоплегии при гипотермической перфузии. Эта методика защиты миокарда позволила нам снизить летальность при аортальном протезировании в последние три года с 28,1 до 10,0%.

Анализ отдаленных результатов свидетельствует о высокой гемодинамической эффективности аортального протезирования. В отдаленном послеоперационном периоде мы не имели летальных исходов. Посредственный результат операции был выявлен у двух больных. У одного из них снижение результата было связано с исходной тяжестью заболевания, у другого — с появлением параклапанной фистулы. У остальных пациентов отдаленный результат был хорошим, треть из них приступила к трудовой деятельности. Все больные с протезами аортального клапана систематически получают антикоагулянты.

Хирургическое лечение многоклапанных пороков сердца до настоящего времени представляет одну из сложнейших проблем кардиохирургии. Сложность проблемы связана с вопросами диагностики, с определением вклада каждого из пороков в сумму гемодинамических нарушений, с выбором способа хирургической коррекции каждого порока. Непосредственный исход операции во многом определяется, с одной стороны, высокой травматичностью вмешательства, с другой — избранным способом защиты организма оперируемого больного.

Среди вариантов хирургического лечения сочетанных пороков сердца наиболее сложным является тот, который предполагает протезирование не менее двух клапанов. Уровень летальности, даже в клиниках, накопивших наибольший опыт таких операций, остается весьма высоким 20—44% (А. Марцинкявичюс с соавт., 1983; Г. И. Цукерман с соавт., 1983; Н. М. Амосов с соавт., 1983).

В нашей клинике хирургическая коррекция двух — трехклапанных пороков на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения выполнена 82 больным (в том числе двухклапанное протезирование — 43 пациентам) с общей послеоперационной летальностью 44,5%. Остальным больным произведено

протезирование одного клапана в сочетании с клапаносохраняющей коррекцией порока на другом клапане.

Мы располагаем данными диспансерного наблюдения за 16 больными, которым было выполнено одномоментное протезирование митрального и аортального клапанов. Один больной спустя два года погиб от прогрессирующей сердечной недостаточности, четверо имеют удовлетворительный отдаленный результат, у 11 больных отмечен хороший гемодинамический эффект операции, который сохраняется более трех лет.

Заключая раздел, посвященный хирургической коррекции приобретенных пороков сердца в условиях искусственного кровообращения, следует отметить, что несмотря на определенный успех, достигнутый в этом разделе кардиохирургии, проблема протезирования клапанов сердца еще далека от своего разрешения. Для оптимального ее решения необходимо совершенствование аппарата искусственного кровообращения, создания протезов клапанов сердца, отвечающих высоким функциональным требованиям, поиск совершенных способов защиты организма больного в процессе операции и разработка мер профилактики сердечной недостаточности, наконец необходима организация отделений реабилитации для больных с протезами клапанов сердца.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Соответственно официальным данным (Хроника ВОЗ, 1974, 28, 8) на каждую тысячу живорожденных детей приходится 8 новорожденных с пороками развития сердечно-сосудистой системы. У половины детей врожденные пороки сердца не совместимы с жизнью и они умирают в течение первых недель или месяцев после рождения. Вторая половина детей переживает этот критический срок, компенсируя расстройства кровообращения. Однако в дальнейшем только малый процент больных с наиболее легкими пороками, течение которых не сопровождается тяжелыми нарушениями гемодинамики, доживает до 30 лет.

Совершенно очевидно, что только хирургическая коррекция открывает возможность эффективной помощи больным с врожденными пороками сердца. Последнее десятилетие ознаменовано обнадеживающими результатами, достигнутыми в хирургическом лечении врожденных пороков сердца в раннем детском возрасте. Однако развитие этого раздела кардиохирургии требует специфических условий и пока ограничено лишь отдельными специализированными клиниками.

При всем разнообразии аномалий развития сердечно-сосудистой системы объектом хирургического лечения являются 10—15 наиболее часто встречающихся врожденных пороков, на

долю которых приходится более 90% всех операций. Подтверждением этому служат данные табл. 4, характеризующие количественное соотношение наиболее часто оперируемых врожденных пороков сердца в трех различных кардиохирургических клиниках.

Хирургическое лечение врожденных пороков сердца в клинике госпитальной хирургии педиатрического факультета получило свое начало в 1961 г., после того как была выполнена первая операция по поводу открытого артериального протока. В настоящее время клиника располагает опытом 1145 подобных операций с общей послеоперационной летальностью 1,5%. Следует отметить, что последние 8 лет послеоперационная летальность не превышает 1%.

Таблица 4

Удельный вес отдельных пороков в общем числе врожденных пороков сердца, подвергшихся хирургическому лечению, %

Вид порока	НИИ сердечно-сосудистой хирургии МЗ УССР, г. Киев 1953—1983 гг.	Кардиохирургический центр г. Горький 1955—1974 гг.	Кардиохирургический центр г. Свердловск 1961—1984 гг.
Открытый артериальный проток	39,1	40,1	54,2
Коарктация аорты	7,9	7,2	7,6
Аномалии межпредсердной перегородки	13,7	16,6	19,9
Аномалии межжелудочковой перегородки	9,2	11,4	10,5
Изолированный стеноз легочной артерии	4,4	5,1	2,8
Комплекс Фалло	15,1	15,4	3,3
Редкие пороки сердца	11,0	4,0	1,7
Общая послеоперационная летальность	5,3	8,1	5,6

В основе причин летальных исходов у большинства больных была высокая легочная гипертензия, которая у восьми больных спровоцировала острую сердечную недостаточность, у пяти — массивное кровотечение, возникшее при выделении склерозированного протока. Лишь в трех случаях причиной смерти явились гнойно-септические осложнения.

У подавляющего большинства больных операцией выбора явилась перевязка протока. При высокой легочной гипертензии мы считаем необходимым выполнять пересечение протока с ушиванием его концов. Естественно, что эти операции несут в себе более высокую степень риска и требуют незаурядного мастерства от хирурга.

Возраст оперированных в клинике больных колебался от 1 г. 9 мес. до 38 лет. А между тем, мы — сторонники закрытия

протока при его неосложненном течении в возрасте 3—5 лет. Именно эти дети в отдаленном послеоперационном периоде имеют хорошие результаты. Спустя год они уже не нуждаются в диспансерном наблюдении и в ограничении физической активности. Наряду с этим больные, перенесшие операцию на фоне септического эндартериита протока, должны находиться 2—3 года под наблюдением, получая курсы противорецидивного лечения.

Результаты хирургического лечения открытого артериального протока, осложненного высокой легочной гипертензией, существенно хуже. В отдаленном послеоперационном периоде у больных не наступает полного восстановления легочного кровообращения и кардиодинамики, что обусловлено необратимостью морфологических изменений в сосудистом русле малого круга кровообращения и последствием длительных перегрузок миокарда. Объем возможных физических нагрузок для больных должен определяться строго с учетом степени восстановления гемодинамики.

Коарктация аорты, согласно статистикам, составляет 4—15% всех врожденных пороков сердца. Однако наиболее вероятная частота этого порока равна 7—8%, так как именно таков удельный вес операций по поводу коарктации аорты среди врожденных пороков, оперируемых в большинстве кардиохирургических клиник.

Первая операция по поводу коарктации аорты в нашей клинике была сделана в 1965 г. В последующие годы выполнено 165 подобных операций с общей послеоперационной летальностью 5,2%. Причинами смертельных исходов явились в основном два вида осложнений — кровотечение и острая сердечная недостаточность. Совершенствование техники оперативного вмешательства и оптимизации мер профилактики сердечной недостаточности позволили нам в последние четыре года избежать летальных исходов при хирургическом лечении коарктации аорты.

В зависимости от анатомических и функциональных особенностей порока выполнялся определенный вид хирургической коррекции: 61,2% больных выполнена резекция коарктационного сегмента с последующим наложением прямого анастомоза (50,1%) или вшиванием сосудистого протеза (11,1%); 31,0% больных сделана непрямая, а 7,7% больных — прямая истмопластика.

Адекватное устранение сужения аорты у большинства пациентов приводит к нормализации показателей гемодинамики. Исчезают жалобы гипертензионного характера в связи со снижением артериального давления до нормального уровня. Появляется отчетливый пульс на нижних конечностях и физиологический градиент между величинами артериального давления на руках и ногах. По данным ЭКГ отмечается уменьшение приз-

наков гипертрофии левого желудочка. Подобная положительная динамика в отдаленном сроке после операции нами отмечена у 67% пациентов. В большинстве своем это были больные, оперированные в возрасте до 18 лет. Операция, выполненная в более старшем возрасте, менее эффективна из-за остаточной гипертензии, обусловленной морфологическими изменениями сосудов. Естественно, что эти больные нуждаются в гипотензивной терапии.

Вопрос о трудовой реабилитации решается индивидуально: при полной нормализации гемодинамических показателей пациенты могут выполнять любую работу с ограничением больших физических нагрузок, при наличии остаточной гипертензии трудовая деятельность возможна лишь при исключении физических нагрузок.

Хирургическое лечение дефектов перегородок сердца было сопряжено с освоением метода искусственного кровообращения, который после отработки его в экспериментальных условиях был перенесен в клинику и позволил в 1965 г. выполнить операцию на открытом сердце по поводу вторичного дефекта межпредсердной перегородки. Сегодня клиника располагает опытом 425 операций, выполненных по поводу различных врожденных пороков развития межпредсердной перегородки. В это число входят: изолированные вторичные дефекты межпредсердной перегородки и в сочетании с аномальным впадением легочных вен в правое предсердие, изолированные первичные дефекты перегородки и в сочетании с расщеплением створок митрального и трикуспидального клапанов, полная форма атриовентрикулярной коммуникации и общее предсердие.

Изолированные вторичные дефекты перегородки, как правило, закрывались непрерывным двухрядным швом. При сложных аномалиях перегородки выполнялась пластика, материалом для которой служил аутоперикард или тефлон.

Дефекты межжелудочковой перегородки были закрыты у 208 больных. В 175 случаях дефекты были изолированными, в остальных они сочетались с недостаточностью аортального клапана, с дефектом межпредсердной перегородки или открытым артериальным протоком. Дефекты межжелудочковой перегородки небольших размеров с мобильными краями ушивали, дефекты больших размеров закрывали с помощью заплат из аутоперикарда или тефлона.

Заслуживает быть отмеченным существенное снижение летальности при хирургическом лечении септальных дефектов по годам (табл. 5).

Снижение летальности было достигнуто как за счет совершенствования искусственного кровообращения, хирургической техники и анестезиологического пособия, так и благодаря освоению метода общей умеренной гипотермии. Сегодня в клинике возможно выключение сердца из кровообращения в усло-

виях общей умеренной гипотермии до 25 мин. Это позволяет без всякой спешки выполнять пластические операции при аномальном дренаже легочных вен, первичном дефекте перегородки, изолированном дефекте межжелудочковой перегородки. Следует подчеркнуть, что послеоперационная летальность при общей умеренной гипотермии в последние два года сведена к нулю.

Таблица 5

Динамика послеоперационной летальности при хирургическом лечении дефектов перегородок сердца с 1971 по 1984 гг., %

Вид септального дефекта	Свердловский кардиохирургический центр			По РСФСР 1980 г.
	1971—1975 гг.	1976—1980 гг.	1981—1984 гг.	
Дефекты межжелудочковой перегородки	26,4	10,0	4,4	13,5
Дефекты межпредсердной перегородки	13,0	5,6	1,5	5,0

Представляют интерес возрастные аспекты хирургического лечения дефектов. Возраст больных, оперированных по поводу дефектов межпредсердной перегородки, колебался от 4 лет до 51 года, по поводу дефектов межжелудочковой перегородки — от 4 до 38 лет. Однако удельный вес возрастных групп был различным. Среди оперированных по поводу дефектов межпредсердной перегородки до 12 лет было 44,6% больных, от 13 до 16 лет — 11,8%, от 17 до 20 лет — 6,0%, от 21 г. до 40 лет — 30,1% и от 41 до 51 года — 7,4% больных. Следовательно, оперированных больных до 12 лет и старше 17 лет было одинаковое количество. Рост числа взрослых среди оперированных мы склонны объяснять не столько несвоевременной диагностикой порока, сколько достигнутым снижением степени операционного риска, что стимулирует к решению подвергнуться хирургическому лечению больных старшего возраста, которым не была своевременно выполнена операция, чаще из-за несогласия родителей. Мы считаем оптимальным возраст от 10 до 12 лет для хирургического лечения дефектов межпредсердной перегородки.

Соотношение возрастных групп больных, оперированных по поводу дефектов межжелудочковой перегородки, таково: до 5 лет — 14,0% больных от 6 до 9 лет — 43,7%, от 10 до 15 лет — 24,9%, от 16 до 20 лет — 10,5% и от 21 г. до 38 лет — 7,7% больных. Несмотря на более молодой возраст, наблюдается отчетливая тенденция, как и при дефектах межпредсердной перегородки, к увеличению числа больных старшего возраста. А между тем мы считаем, что оптимальным, для хирургической коррекции дефектов межжелудочковой перегородки, явля-

ется возраст от 4 до 7 лет. Исключение составляют больные с прогрессирующим развитием легочной гипертензии, что делает операцию неотложной.

Иллюстрацией отдаленных результатов хирургического лечения дефектов перегородок сердца служат судьбы 100 пациентов, прослеженные нами спустя десять лет и более после операции. У 32 пациентов были закрыты дефекты межжелудочковой перегородки, а у 68 — дефекты межпредсердной перегородки. По данным обследования у трех человек обнаружена частичная реканализация дефектов межжелудочковой перегородки в связи с перенесенным бактериальным эндокардитом. У двух отдаленный результат снижен из-за возникшей поперечной блокады сердца, требующей постоянной ЭКС. Посредственный результат у шести человек в возрасте старше 30 лет был обусловлен ограниченной физической активностью в связи с одышкой, сердцебиением, переодическим нарушением сердечного ритма. 89 человек жалоб не предъявляют, ведут образ жизни практически здоровых людей, что в полной мере соответствует данным объективного обследования.

Получив специальность, наши пациенты работают по специальностям: слесаря, шофера, газорезчика, токаря, фельдшера, медсестры, телеграфиста и т. п. Тринадцать человек учатся или окончили вузы и работают инженером-экономистом, конструктором, врачом, педагогом и т. д. 35 человек, из которых 25 женщин, создали семьи и имеют детей, причем в 1/3 семей — по два ребенка. Все дети здоровы и развиваются хорошо.

Следовательно, 89 человек из 100, перенесших операцию на открытом сердце по поводу септальных дефектов, достигли полной медицинской, трудовой и социальной реабилитации, они трудоспособны, получили желаемую специальность, создали семьи и имеют здоровых детей.

Хирургическое лечение тетрады Фалло по сей день является весьма сложным разделом кардиохирургии. Радикальная коррекция порока сопряжена со значительным риском и летальность при этом составляет 20—35% (Н. М. Амосов, Я. А. Бендет, 1983; Б. А. Константинов с соавт., 1980; Б. А. Королев, 1976).

Нами выполнено 74 операции по поводу тетрады Фалло с общей послеоперационной летальностью 29,0%. В 57 случаях была выполнена радикальная коррекция порока на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения, в 17 случаях были наложены межсосудистые анастомозы.

Проследив судьбу больных в отдаленном послеоперационном периоде мы смогли отметить, что радикальная коррекция порока приводит, в большинстве случаев, к благоприятному гемодинамическому эффекту. Значительно возрастает физическая активность, исчезает цианоз, прекращаются одышечно-цианотические приступы.

По поводу триады Фалло было выполнено 8 радикальных операций с одним летальным исходом. Отдаленные результаты у остальных пациентов оказались хорошими.

В 53 случаях объектом радикального хирургического вмешательства был изолированный стеноз легочной артерии, причем в 43 случаях стеноз был клапанным, а в 10 — инфундибулярным. Отдаленные результаты этих операций вполне благоприятные.

Пяти больным на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения устранен клапанный стеноз аорты с одним летальным исходом.

Заслуживает упоминания хирургическая коррекция такого сложного врожденного порока сердца, каким является аномалия Эбштейна. В клинике выполнено четыре радикальных операции по поводу этого порока. Во всех случаях был ушит вторичный дефект межпредсердной перегородки, выполнена аннулопликация и вшит протез (МКЧ-29) в трикуспидальную позицию. После операции умерла одна больная, у остальных результат операции сохраняется стабильно хорошим.

Завершая раздел хирургического лечения врожденных пороков сердца, следует отметить, что с 1961 г. в клинике было выполнено 2110 операций по поводу различных врожденных пороков развития сердца с общей послеоперационной летальностью 5,6%.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕРДЦА

Сдавливающий перикардит — нечасто встречающееся заболевание. По данным патологоанатомических вскрытий сдавливающий перикардит, как причина смерти, был выявлен в 0,18—0,26% случаев (В. В. Зарецкий, 1958; Meesen, 1956).

Мы придерживаемся того мнения, согласно которому сдавливающий перикардит своим происхождением обязан туберкулезу (И. С. Колесников с соавт., 1964; Ф. Г. Углов, М. А. Самойлова, 1962; Г. Г. Караванов, 1955). Формирование многослойной сдавливающей оболочки, в результате специфического воспалительного процесса, завершается массивным отложением солей кальция и приводит не только к сдавлению, но и к иммобилизации сердца. Вследствие этого происходит существенное снижение ударного объема сердца, обусловленное резким уменьшением разницы между систолическим и диастолическим объемами желудочков. Тяжесть расстройств кровообращения и неэффективность консервативной терапии делают сдавливающий перикардит исключительно объектом хирургического лечения, суть которого состоит в субтотальной перикардэктомии.

В клинике по поводу сдавливающего перикардита было радикально оперировано 40 больных в возрасте от 9 до 57 лет без летальных исходов. Следует отметить, что все больные прошли

сложный диагностический путь и поступили в клинику в тяжелом состоянии, спустя 5—14 лет с момента заболевания.

Операция во всех случаях дала положительный гемодинамический эффект. Лишь у трех больных отдаленный послеоперационный результат, в силу исходной тяжести заболевания, оказался удовлетворительным, у остальных результат был хорошим. Восстановление кровообращения, достигнутое благодаря хирургическому лечению, привело к полной трудовой реабилитации пациентов. Две женщины после операции хорошо выносили беременность и самостоятельно родоразрешились.

Постынфарктные аневризмы сердца. По поводу диффузных аневризм левого желудочка в клинике выполнено 15 операций с двумя летальными исходами. Во всех случаях сделана диафрагмопластика по Б. В. Петровскому.

Объективное обследование больных в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде не выявили убедительных данных, подтверждающих эффективность выполненных операций, в связи с чем эти операции нами оставлены. Одному больному по поводу мешотчатой постынфарктной аневризмы левого желудочка была успешно выполнена радикальная операция в условиях искусственного кровообращения.

Первичные опухоли сердца встречаются в 0,05—0,1% случаев. Среди опухолей внутрисердечной локализации первое место принадлежит миксомам. Вырастая чаще из эндокарда левого предсердия, опухоль перекрывает левое атривентрикулярное отверстие, имитируя митральный порок сердца. При этом клиническая симптоматика и лабораторная диагностика весьма напоминают ревмокардит, что приводит к диагностическим ошибкам. Такого рода ошибки нами были допущены в четырех случаях. У трех больных миксомы левого предсердия были обнаружены при ошибочном выполнении митральной комиссуротомии. В первом случае, это было в начале нашей деятельности, операцию пришлось завершить диагностической кардиотомией. Позднее миксома у этого больного была удалена в ИССХ им. А. Н. Бакулева. У двух других больных, обнаружив опухоли левого предсердия, мы, перейдя на искусственное кровообращение, удалили миксомы. В четвертом случае ошибка была обнаружена лишь при патологоанатомическом вскрытии — миксома больших размеров почти полностью перекрыла левое атривентрикулярное отверстие, что ошибочно было принято за митральный стеноз. Больная не была оперирована из-за крайней степени недостаточности кровообращения и «выраженных признаков активного ревматического процесса».

В следующих четырех случаях внутрипредсердные опухоли диагностированы до операции благодаря использованию эхокардиографии. У всех четырех больных опухоли (миксомы) успешно удалены с использованием искусственного кровообращения. Следует отметить, что одной из этих больных было 65 лет,

это является пока нашим возрастным пределом при операциях в условиях искусственного кровообращения.

Прямая электрическая стимуляция сердца через проволочные электроды, подведенные к желудочкам, была разработана сравнительно недавно (Weinrich, 1957). Одним из основных показаний к электрической стимуляции является полная атриовентрикулярная блокада сердца с приступами Морганьи—Эдемса—Стокса. Частота полной атриовентрикулярной блокады составляет 0,11—0,22% к общему числу сердечно-сосудистых заболеваний (В. С. Савельев с соавт., 1967).

В нашей клинике ЭКС, как метод лечения нарушений сердечного ритма и проводимости, применяется с 1967 г. За истекшие 17 лет выполнено 1035 операций по созданию миокардиальной, эндокардиальной стимуляции, смены стимулятора и ремонта стимулирующей системы. Заслуживает внимания тот факт, что с 1967 по 1977 г. было имплантировано 130 кардиостимуляторов, в то время как с 1981 г. имплантируется ежегодно по 150—160 кардиостимуляторов.

До 1982 г. в клинике использовалась лишь одна модель имплантируемого аппарата — «ЭКГ-2» со сроком работы 2,5—3 года и с ритмом 65—72 импульса в минуту. В настоящее время клиника стала получать новую модель кардиостимулятора со сроком работы 10—12 лет. Кроме того, используются аппараты с биоуправляемым режимом работы типа «деманд». Наличие этого кардиостимулятора увеличило диапазон показаний к ЭКС при сложных нарушениях ритма сердца.

Нновым направлением в электрической стимуляции явилось освоение хирургического лечения тахисистолических нарушений ритма сердца. Первым этапом в решении этой задачи было освоение метода электрофизиологического исследования проводящей системы сердца — ЭФИ. В процессе ЭФИ уточняется функция синусового узла, изучается состояние атривентрикулярной проводимости, скорость распространения возбуждения, наличие дополнительных путей проведения и т. п. Получаемая в результате ЭФИ информация позволяет формулировать концепцию лечения и ставить показания к хирургическим методам лечения тахиаритмии. В настоящее время в клинике освоен и широко применяется метод трансвенозной катеторной электродеструкции пучка Гиса с целью создания искусственной атривентрикулярной блокады при пароксизмальных формах наджелудочковой тахиаритмии. Кроме того, в клинике стали выполняться операции непосредственно на проводящих путях в условиях открытого сердца с использованием искусственного кровообращения.

Заслуживает упоминания небольшой опыт клиники в хирургическом лечении повреждений сердца. У трех больных в условиях искусственного кровообращения были закрыты травматические дефекты межжелудочковой перегородки, возникшие в ре-

зультате проникающих ножевых ранений сердца. С использованием искусственного кровообращения была удалена пуля из полости правого желудочка у одного больного; у другой больной была удалена трубка-катетер из полости правого предсердия без выключения сердца из кровообращения. В двух случаях из сердца были удалены швейные иглы. Многократно сотрудники клиники ушивали проникающие ножевые раны сердца.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

В сентябре 1980 г. в клинике госпитальной хирургии педиатрического факультета было организовано отделение сосудистой хирургии на 35 коек. Перед отделением была поставлена задача освоения методов хирургического лечения больных, страдающих заболеваниями ветвей дуги аорты, симптоматическими формами гипертензий, хронической абдоминальной ишемией и патологией всех отделов аорты.

Интерес к хирургическому лечению заболеваний ветвей дуги аорты различной этиологии, которые приводят к ишемическим поражениям головного мозга, обусловлен большой частотой заболевания. Среди причин смерти сосудистые заболевания головного мозга стоят на третьем месте после сердечно-сосудистых заболеваний и опухолей и составляют 11,3%. По данным института неврологии АМН СССР, частота ишемических поражений мозга составляет 50,6% и в настоящее время в несколько раз превышает частоту (15,8%) кровоизлияний в мозг. Если к этому добавить 22% больных с начальными и преходящими нарушениями мозгового кровообращения, в большинстве своем обусловленных стенотическими поражениями брахицефальных сосудов, то картина вырисовывается весьма печальная. Она еще более усугубляется в связи с тем, что 45% ишемических инсультов развивается в возрасте 46—59 лет (А. В. Покровский, 1979).

В нашей клинике выполнено 73 операций на брахицефальных сосудах. У 38 больных патология брахицефальных сосудов была обусловлена их атеросклеротическим поражением, у 16 — неспецифическим аортоартериитом, у 10 — патологической извитостью сосудов и у 9 больных — нейроваскулярным синдромом. Характер и распространение того или иного процесса предопределили и вид хирургического вмешательства:

Резекция с протезированием	4
Шунтирование	5
Эндартерэктомия	18
Сложные реконструктивные операции . . .	29
Скаленотомия	17

После операций погибло 5 больных — 6,8%. В отдаленном послеоперационном периоде у 28 больных был отмечен полный

регресс неврологической симптоматики, у 22 больных исчезли транзиторные атаки, у 12 больных эффект операции оказался незначительным и у 6 больных улучшения не наступило. Первые результаты позволяют с оптимизмом смотреть на будущее этого раздела сосудистой хирургии.

Окклюзирующие поражения висцеральных ветвей аорты, проявляющиеся синдромом хронической абдоминальной ишемии, относятся к разряду малоизученной патологии в сосудистой хирургии, а между тем лишь хирургическое вмешательство способно устранить причину, вызывающую ту или иную форму окклюзии.

В клинике было выполнено 29 операций, направленных на восстановление нормального кровотока по чревному стволу. В 23 случаях ликвидирована экстравазальная компрессия, вызванная сдавлением просвета сосуда серповидным краем диафрагмы, ее ножками или симпатическими ганглиями. Четырем больным выполнена трансаортальная эндартерэктомия и двум сделана аутовенозная пластика чревного ствола. После операции умер один больной — 3,4%.

Эффект хирургического лечения хронической абдоминальной ишемии можно расценить как вполне удовлетворительный. У 23 пациентов исчез болевой синдром, улучшилась функция кишечника, отмечена прибавка в весе.

По данным ВОЗ 10% населения Земли имеют повышенное артериальное давление. Из этого числа у 23%, по данным института кардиологии, гипертензия носит симптоматический характер (А. В. Покровский, 1979).

В нашей клинике выполнено 116 операций больным с различными формами симптоматической гипертензии с общей послеоперационной летальностью 2,7%. Характер хирургических вмешательств соответствовал форме поражения:

1. Вазоренальная гипертензия 103
   В том числе:
   а) трансаортальная эндартерэктомия 48
   б) пластические операции на почечных артериях 27
   в) ликвидация экстравазальной компрессии . 8
   г) эндоваскулярная дилятация почечных артерий 10
   д) нефрэктомия 10
2. Эссенциальная гипертензия 6
   Ренопортальный венозный анастомоз — операция А. П. Торгунакова.
3. Коарктация аорты 6
4. Феохромацитома 1

Следует подчеркнуть, что реконструктивные операции на почечных сосудах широко используются сосудистыми хирургами,

в то время как метод эндоваскулярной дилятации является достижением последнего времени. В клинике нами выполнено 10 вазодилятаций почечных артерий с хорошим гемодинамическим результатом. Заслуживает упоминания и методика хирургического лечения эссенциальной гипертензии, предложенная А. П. Торгунаковым. Суть операции состоит в создании ренопортального венозного анастомоза в сочетании с правосторонней адреналэктомией. Создание анастомоза служит для оттока венозной крови в печень, где предполагается ингибиция основных вазопрессорных агентов. Выполнив шесть подобных операций, мы отметили хороший гемодинамический эффект во всех случаях.

Наряду с целенаправленным хирургическим лечением патологии определенных сосудистых бассейнов в отделении сосудистой хирургии выполняется большая работа по хирургическому лечению заболеваний периферических артерий и вен. За три года в отделении выполнено 1078 операций по поводу патологии периферических сосудов.

Сосудистая хирургия в клинике находится лишь в самом начале своего развития, однако первые результаты, достигнутые коллективом отделения, обнадеживают, позволяя надеяться на успех в будущем.

Заканчивая актовую речь, я должен сказать, что на протяжении 25 лет больное человеческое сердце было в центре нашего внимания. Мы многое узнали, многому научились, накопленный опыт поражений сделал нас мудрее и не убавил в нас энтузиазма.

Каждый день мы с оптимизмом становимся к операционным столам с неугосаемым желанием исцелить больное человеческое сердце.

Благодарю за внимание.

Милослав Станиславович САВИЧЕВСКИЙ

Двадцатипятилетний опыт хирургического лечения
врожденных и приобретенных пороков
и заболеваний сердца и магистральных сосудов

(Актовая речь)

Редактор Цымбалист Н. Н.

НС 31626	Сдано в набор 11.10.84 г.	Подписано в печать 30.01.84 г.
Бумага типографская	Формат $60 \times 90^1/_{16}$	Гарнитура литературная
Объем 1,5 п. л.	Тираж 300	Бесплатно Заказ 264

620219, Свердловск, Репина, 3. Медицинский институт
Цех № 1 производственного объединения «Полиграфист»,
г. Свердловск, ул. М.-Сибиряка, 145